№ 1 WARSZAWA, STYCZEŃ 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— Numer pojedyńczy Zł. 1.—

№ 1. WARSZAWA, STYCZEŃ 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. M. LANDESMAN (Warszawa).

WYNIKI DOBY OBECNEJ W LECZENIU I ZAPOBIEGANIU CHORÓB ZAKAŹNYCH ZAPOMOCĄ SZCZEPIONEK.

Praca niniejsza ma na celu przedstawienie w krótkości dzisiejszego stanu wiedzy o szczepionkach i to zarówno ze strony teoretycznej jak przedewszystkiem praktycznej. Postaramy się tu, po odrzuceniu wszelkiego balastu, dać rzetelny obraz tego, co dziś wiadomo w tej tak rozległej dziedzinie nauki o odporności i opierając się głównie na faktach przytoczyć z zakresu teorji jedynie tyle, ile potrzebne jest lekarzowi-praktykowi dla zrozumienia mechanizmu działania szczepionki, z którą ma doczynienia w swej codziennej praktyce.

Dziś wiele mówi się o stanach ustroju, który zetknąwszy się raz z czynnikiem chorobotwórczym, reaguje odmiennie na powtórny z nim kontakt, bądź w sensie uczulenia, bądź też w sensie uodpornienia się. Olbrzymia ilość zjawisk wchodząca w zakres allergji nie doczekała się jednak pełnego i jednoznacznego wyjaśnienia. Dopóki nie znamy materjalnego podłoża zjawisk allergicznych, skazani jesteśmy na teorje, przeważnie niewiele wyjaśniające. Dla nas niech będzie jeden fakt miarodajny: Ustrój może się znaleźć w stanie niewrażliwości, względnie zmniejszonej wrażliwości na daną chorobę. Stan ten nazywamy *odpornością.*

O odporności wrodzonej mówić tu nie będziemy, zastanowimy się jedynie nad odpornością nabytą.

Odporność nabyta może powstać w dwojaki sposób, albo przez przebycie danej choroby, albo przez uodpornienie. Jakie zmiany powstają w organizmie zdrowym, pod wpływem podania pewnej szczepionki, próbował tłumaczyć *Behring* przez wprowadzenie swej teorji przeciw-

ciał. Obrazowo zjawiska odporności przedstawia *Ehrlich* w swej teorji łańcuchów bocznych. *Weigert* zjawiska odpornościowe odnosi do hyperregeneracji pewnych tkanek. Pod wpływem zadrażnienia komórek przez bakterje lub ich produkty, komórki wytwarzają w nadmiernej ilości ciała odpornościowe z których część neutralizuje ciało atakujące, część zaś oderwawszy się od komórki macierzystej, krąży w ustroju jako pogotowie, zdolne w każdej chwili do odparcia ataku. Tak uzbrojony organizm jest uodporniony. To tłumaczenie, odnoszące się do szczepionek profilaktycznych, daje się zastosować, mutatis mutandis, również i do szczepionek leczniczych o czem mowa później.

W przeciwieństwie do powyższej humoralnej teorji odporności stoją poglądy niektórych uczonych (*Besredka* i inni), którzy wprowadzają na zasadzie obserwacji całego szeregu faktów z dziedziny patologji, pojęcie odporności lokalnej. Sądzą oni, że istnieje pewne mniej lub więcej specyficzne powinowactwo pewnych tkanek do pewnych grup zarazków i że tylko tą drogą ustrój może być zaatakowany. Jeżeli teraz przez wprowadzenie szczepionki uodpornimy owe jakby wrota zakażenia, zabezpieczymy przez to lokalne uopornienie cały ustrój przed schorzeniem. *Besredka* spostrzegł, że w tak uodpornionych organizmach nie można było stwierdzić żadnych przeciwciał, co przemawiałoby za istnieniem ściśle umiejscowionej odporności tkankowej. W ten sposób teoretycznie wyjaśnimy sobie za *Besredką* działanie doustnych szczepionek zapobiegawczych duru, czerwonki, cholery i innych.

W ostatnich czasach pojawiło się bardzo wiele teorji zjawisk odpornościowych, opartych na zjawiskach z dziedziny fizyko-chemji koloidów, enzymologji, które jak już wyżej zaznaczyliśmy nie będą tu szerzej omawiane. Zwłaszcza jeśli idzie o gruźlicę to od czasów *Rankego* bardzo wiele prac ukazało się, łączących wręcz obrazy chorobowe z poszczególnemi fazami odporności ustrojowej. Podobnie liczne prace z dziedziny uczuleń względnie tak zwanych schorzeń allergicznych, zajmują dziś umysły licznych badaczy, że tylko wymieniamy *Doerra, Pasteura, Radot'a, Tzancka i innych.* Tyle o teorji

Z kolei przechodzimy do samego stosowania szczepionek w lecznictwie praktycznem. Szczepionki możemy podzielić na trzy wielkie grupy w zależności od ich przeznaczenia.

Są to 1 szczepionki zapobiegawcze (profilaktyczne), 2 szczepionki lecznicze, 3 szczepionki djagnostyczne.

Dział pierwszy — zapobiegawcze uodpornienie ludzi zdrowych ma przed sobą olbrzymią przyszłość. Według słów *Wrighta* lekarz w przyszłości stanie się „uodparniaczem", a nie terapeutą wobec chorób zakaźnych, które dzięki temu ostatecznie znikną. Jaskrawy przykład dają nam tu dzieje ospy i całego szeregu innych schorzeń, które dawniej zbierały znacznie więcej ofiar niż obecnie, podczas olbrzymich epidemji.


OPOHEMOGEN
KLAWE
ODRADZA
KREW

Zanim jednak to nastąpi musimy w równej mierze posługiwać się tak terapją jak i uodpornieniem. Uodpornianie omówimy działami w zależności od składu szczepionki, co pozwoli nam na jasny wgląd w te sprawy.

1 metoda: Szczepienia bakterjami żywemi były wykonywane już oddawna zarówno na zwierzętach jak i na ludziach. Pierwsze wzmianki, o charakterze nienaukowym, mamy z czasów epidemij ospy, gdzie naprzód w Indjach, potem zaś w Turcji i Anglji stosowano, kierując się czystą empirją, na skaryfikowaną skórę ciecz z pęcherzyków ospowych, przekonano się bowiem, że tacy ludzie, jeśli nawet zachorowali na ospę, to przebywali ją o wiele łagodniej. Naturalnie z chwilą odkrycia krowianki przez *Jennera* zaniechano tej t. zw. warjolizacji, ze względu na wrażliwość i wpływy uboczne.

Badania *Ferrana i Hafkina* doprowadziły do stosowania zapobiegawczego zawiesiny żywych prątków cholery. Przekonali się bowiem ci uczeni, że zastrzyknięcie podskórne daje bardzo małe objawy uboczne a wysoką odporność organizmu. Prawdziwe zaś zakażenie można wywołać jedynie przez przewód pokarmowy, co zgadza się z wywodami *Besredki* o wrażliwości lokalnej pewnych tkanek.

W najnowszych czasach *Boeme i Ribold* używają do uodpornienia przeciwko dyfterji zawiesiny żywych pałeczek Löflera, tak zwanej „Diphterielymphe". Ogólnie mówiąc, szczepienia drobnoustrojami żywemi są obecnie coraz mniej stosowane i być może zanikną zupełnie ze względu na bezpieczniejsze i dogodniejsze metody.

Druga metoda, znacznie wygodniejsza i bezpieczniejsza polega na wstrzykiwaniu szczepionek, składających się z drobnoustrojów osłabionych. Takie osłabienie możemy osiągnąć zapomocą 1) środków biologicznych (passage) 2) chemicznych, 3) fizycznych.

Klasyczną szczepionką, osłabioną przez przeprowadzenie przez zwierzę jest ogólnie znana i zgodnie z nadzwyczajnemi wynikami, szeroko stosowana krowianka. O wynikach i technice jej stosowania mówić nie będziemy ze względu na jej szeroką popularność.

Chemicznego sposobu używa wielu badaczy w pracach nad gruźlicą. *Shiga* otrzymał osłabione szczepy prątków Kocha, hodując je na specjalnych podłożach z dodatkiem pewnych barwników. Stosując te szczepy w klinice miał jakoby otrzymać dobre rezultaty.

Uczeni japońscy *Arima* i inni wyhodowali na agarze saponinowym szczep gruźliczy t. zw. A. O., który w tych warunkach stracił złożliwość jak i kwasoodporność. Szczepionka A. O. również jest używana w celach leczniczych. Wreszcie tą metodą *Calmette* doszedł do szczepionki BCG, której później poświęcimy nieco więcej miejsca.

Wreszcie jeśli idzie o fizyczne sposoby osłabiania bakteryj to już *Pasteur* przy pracach nad wścieklizną, po dojściu przez pasaże do silnie



działającego na układ nerwowy szczepu t. zw. „virus fixe“ osłabiał go następnie przez suszenie w eksikatorze rdzeni zwierząt padłych na wściekliznę; w ten sposób uzyskał on szczepy o rozmaitem natężeniu zjadliwości.

Wreszcie najczęstsza i najbardziej rozpowszechniona jest metoda trzecia, polegająca na stosowaniu szczepionek przygotowanych z zabitych bakteryj. Zanim weszła ona w użycie, sądzono, że jedynie żywe drobnoustroje lub co najwyżej osłabione są w stanie zmusić ustrój do produkowania przeciwciał. Jednak badania *Kollego* przekonały uczonych że w wielu razach jest rzeczą obojętną czy wstrzykujemy drobnoustroje żywe, czy też zabite, albowiem i w przypadku, gdy wprowadzimy je żywe, to dostawszy się do ustroju giną na wskutek braku odpowiednich warunków rozwoju i dopiero teraz drażnią aparat produkujący przeciwciała.

Do tej grupy należą szczepionki przeciw tyfusowi i cholerze a później i paratyfusowi, na których skuteczność zapobiegawczą zgodzono się powszechnie po doświadczeniach przeprowadzonych podczas ostatniej wojny światowej.

Przytoczymy tu wyniki uczonych japońskich w Osaka, gdzie badania przeprowadzono na 50% ludności. Również badania *Bumkego* i innych w zajętych przez Niemców miastach francuskich, wykazały, że wśród nieszczepionych duży procent zapadł na dur brzuszny a umarło 17%, to wśród szczepionych śmiertelność wynosiła 0 (zero), a ilość zachorzeń była bardzo nikła. Dalsze dane wskazują na fakt, że przy masowem stosowaniu w niektórych terytorjach jedynie szczepionek przeciwdurowych, epidemje, a nawet sporadyczne przypadki duru znikły, natomiast częstość zachorowań na paradury pozostała bez zmian. Wskazuje to całkiem wyraźnie na skuteczność szczepień przeciwdurowych.

Obecnie, obok stosowanych z powodzeniem szczepionek przeciwdurowych w postaci wstrzykiwań domięśniowych, coraz częściej używamy szczepionek mieszanych *Besredki* (dur, cholera, paradury) w postaci przyjmowanych pigułek doustnie, które w myśl teorji autora powodują lokalne uodpornienie przewodu pokarmowego.

Dalszą metodą dość często stosowaną są szczepionki złożone z produktów przemiany materji drobnoustrojów, a więc egzotoksyn. Jeżeli hodowlę drobnoustrojów np. tężca lub czerwonki, po pewnym czasie przebywania jej w cieplarce, przesączymy i przesącz zastrzykniemy, zwierzęciu, to przekonamy się, że po dawce większej zwierzę ginie, natomiast przy mniejszej uzyskuje jego uodpornienie. W przesączu bowiem hodowli bakteryjnej mieliśmy właśnie jady, surowica zaś zwierzęcia tak uodpornionego, zawiera antytoksyny. Gdybyśmy tak przygotowany przesącz wstrzyknęli człowiekowi, uzyskalibyśmy również odporność, jednak odczyny uboczne byłyby za silne. W dalszych badaniach prze-

konano się, że po ogrzaniu takiego przesączu, zmniejsza się jego toksyczność przy zachowaniu zdolności powodowania uodpornienia. Według teorji *Ehrlicha* tłumaczymy to w sposób następujący: cząstkę jadu wyobrażamy sobie jako składającą się z 2 grup: jadowej i chwytnej, która służy do połączenia grupy jadowej z komórką, względnie z antytoksyną. Niszcząc grupę jadową, a zachowując chwytną, otrzymujemy t. zw. toksoid (anatoksynę), oddający nam w zjawiskach odporności olbrzymie usługi, ale zarazem nie toksyczny *Loewenstein* otrzymał toksoidy używając 0,5% formolu i ogrzewając do temperatury 48° C. przez 6 dni. Metody tej użył pierwszy *Ramon* dla otrzymania szczepionki przeciwbłoniczej.

Zatrzymamy się tu nieco dłużej nad niezmiernie interesującemi badaniami nad płonicą. Aczkolwiek do chwili obecnej nie znamy z całą pewnością zarazka wywołującego tą chorobę, jednak już *Mozer,* a przedewszystkiem *Gabryczewski* w Rosji, badając streptokoki homolityczne, wyhodowane z gardła lub z krwi chorych na płonicę, doszedł do następujących wniosków: wstrzykiwał otrzymaną z wymienionych bakteryj szczepionkę ludziom zdrowym, i stwierdzał, że w czasie epidemji osobniki szczepione chorowały w mniejszym procencie, a u tych, którzy zapadali, sprawa chorobowa przebiegała znacznie łagodniej. Badania te zarzucono i dopiero w ostatnich latach podjęli je w Ameryce *Dick i Dochez.* Wywoływali oni objawy szkarlatyny przesączem hodowli streptokoków a więc toksyną. Podobnie zresztą i *Gabryczewski* stwierdził po wstrzyknięciu buljonu z zabitemi streptokokami objawy poszczepienne uderzająco podobne do objawów szkarlatyny. Autorzy, którzy stosowali szczepionkę Gabryczewskiego jak również i szczepionkę toksyczną podają bardzo dobre wyniki Wspomnimy tu o autorach rosyjskich, jak *Złatogarow* i jego uczniowie. Według *Schmidta* w czasie epidemji zachorowało z nieszczepionych dzieci 16 — 20%, podczas gdy ze szczepionych tylko 4 — 7%. Z polskich autorów o dodatnich wynikach szczepień mówią *Biehlerowa, Park, Lingler, Brokman* i inni. Wyniki te pozwalają na wprowadzenie następujących wniosków: 1. Szczepionka Gabryczewskiego jest zupełnie nieszkodliwa, 2. W dużej mierze zapobiega zachorowaniu. 3. W czasie infekcji łagodzi przebieg schorzenia.

W ostatnich czasach próbowano otrzymać antytoksyny na wzór przeciwdyfterycznych *Ramona.* Wyliczymy tu toksynę *Zoellera* z formaliną i mieszaninę *Larsona* — toksynę z kwaśnem mydłem rycynolowem. o której znajdujemy w literaturze rewelacyjne dane: bowiem po jednorazowem jakoby wstrzyknięciu już po 8 dniach odczyn djagnostyczny *Dickow* (wskazujący na wrażliwość ustroju na płonicę) znika u 77,3% szczepionych, zaś po 3 tygodniach nawet u 97% Ograniczenie się jednak do jednego zapobiegawczego wstrzyknięcia należy przyjąć z pewnem zastrzeżeniem.

Na zakończenie pozwolimy sobie przytoczyć słowa, które będą u nas aktualne dopóty, dopóki groźba płonicy nie zniknie na zawsze: „Starajmy się o to, aby nasze państwowe zakłady epidemjologiczne i inne pracownie bakterjologiczne wyrabiały szczepionkę przeciwpłoniczą, żeby ją rozesłały do aptek, lub posyłały wprost lekarzom-praktykom. Starajmy się dalej o to, żeby ci lekarze, jeśli w rodzinie zachoruje dziecko na płonicę używali szczepionki u reszty dzieci jeszcze zdrowych, żeby szczepili także inne dzieci w całym tym domu, w którym zdarzył się przypadek płonicy i wreszcie, żeby szczepili wszystkie zdrowe dzieci w tej wsi lub mieście, w których epidemja już się rozszerzyła. Epidemję stłumi się szczepieniami ochronnemi znacznie taniej, a także znacznie łatwiej wygodniej i prędzej niż sposobami dotychczas używanemi, jak wywożeniem chorych dzieci do szpitali, wstrzymywaniem dzieci zdrowych a nawet dorosłych od chodzenia do pracy, zamykaniem pojedyńczych klas, szkół, warsztatów pracy i t. d.

Kończąc ten dział, chcemy wspomnieć jeszcze o t. zw. szczepionkach uczulonych podanych przez *Besredkę*, polegają one na tem, że zawiesinę bakterji lub toksynę mieszamy z odpowiednią ilością surowicy i pozostawiamy na pewien czas w spokoju. Tak przygotowana szczepionka daje odczyny ogólne i miejscowe słabsze, natomiast pod względem uodpornienia posiada tę samą siłę. Szczepionki te używane są głównie w lecznictwie swoistem, o czem niżej.

Z kolei przechodzimy do nowego działu nie mniej ważnego od poprzednich — do leczenia szczepionkami. Pierwsze prace w tym kierunku przeprowadził *Koch*, który jak wiadomo w celach leczniczych wprowadził do ustroju wyciąg prątków gruźlicy oraz *Frenkiel*, który próbował leczyć dur brzuszny zawiesiną pałeczek *Ebertha - Gaffkego*. Obie te próby zawiodły pokładane w nich nadzieje. Właściwą podstawą tego sposobu leczenia dał *Wright*, który w pracy swej podał 6 przypadków czyraczności bezskutecznie leczonych rozmaitemi środkami farmakologicznemi, a które on w cudowny sposób wyleczył wstrzykiwaniami, odpowiednich dawek zawiesiny gronkowców.

Zanim przejdziemy do wyników leczenia poszczególnych schorzeń przy pomocy szczepionek, pozwolimy sobie na krótki ustęp teoretyczny. Badania wykazały, że po zastrzyknięciu szczepionki następuje w ustroju wzrost ciał ochronnych: aglutynin, bakterjolizyn, paraochronnych opsonin oraz zwykła leukocytoza. Zjawisko to tłumaczymy sobie prawdopodobnem zadziałaniem szczepionki na ognisko chorobowe, które wydzielając toksyny wpływa na tworzenie przeciwciał. To jednak nie przesądza sprawy, że szczepionka może i bezpośrednio działać na aparat wytwarzający przeciwciała. *Wright* zajął się dokładnie zachowaniem się opsonin podczas serji szczepień wprowadzając pojęcie wskaźnika opsoninowego. Ze względu na to, że są to pojęcia zbyt nieścisłe i że wprowa-

Leciferrina

Ovolecithina z żelazem w płynie.

Skuteczny środek

w osłabieniach, blednicy, anemji, neurastenji i w rekonwalescencji.

Nr. rejestru 1520.

Flakon 1/1 ca. 500,0 Zł. 5.—
„ 1/2 „ 250,0 „ 3.—



Nr. Rej. 1427.

Złożone pastylki węglowe zawierające:

Carbo animalis
Sulfur depurat.
Folia Sennae
Ol. Menthae pip.
Ol. Foeniculi

Niezastąpiony środek w zaburzeniach trawienia i we wszelkiego rodzaju przewlekłych schorzeniach jelit, dezynfekujący przewód pokarmowy i zarazem lekko przeczyszczający.

Próby oraz literaturę na żądanie WWPP. Lekarzy wysyła:

„WITAMINA" Sp. Akc.
Warszawa, ul. Okopowa 21-23

dzonej przez niego metody ze względu na trudności techniczne wogóle się nie używa, wspomnimy o niej jedynie ogólnikowo. *Wright* zauważył, że bezpośrednio po wstrzyknięciu szczepionki następuje wzrost ciał ochronnych, który jednak trwa bardzo krótko; potem następuje t. zw. faza negatywna, a więc spadek zdolności ochronnych ustroju, a później dopiero faza pozytywna trwająca długo i charakteryzująca się poważnym wzrostem przeciwciał. Ważne niezmiernie są tu spostrzeżenia badaczy, którzy stwierdzili, że ów pierwszy krótki wzrost, zakończony fazą negatywną można wywołać środkami nieswoistemi np. Yatrenem, natomiast drugą, dłuższą fazę pozytywną, dają jedynie szczepionki swoiste. Widzimy stąd, że swoista ma znaczną wyższość nad nieswoistą, bodźcową, której skutki trwają bardzo krótko, bo zaledwie 2 — 3 dni.

Ogólnie rzecz biorąc, wskazaniami do stosowania szczepionek leczniczych są schorzenia przewlekłe, lokalne, gdzie resorbcja produktów toksycznych jest mała i w związku z tem wytwarzanie przeciwciał upośledzone. Są to więc schorzenia takie jak furunculosis, cystitis, pyelitis i t. p.

Stwierdzono pozatem dobre wyniki w schorzeniach bardziej uogólnionych jak np. infekcjach pałeczką *Friedländera*. Chwilowem przeciwskazaniem do stosowania szczepionki może być miesiączka, trwałem cukrzyca, gruźlica czynna. Gorączka sama bezwzględnie nie jest przeciwskazaniem. Traktowanie schorzeń lokalnych pyokokowych szczepionkami, zapoczątkowane przez *Wrighta* pozostało trwałym dorobkiem leczniczym. Literatura tego przedmiotu jest obecnie bardzo poważna. Wymieniamy tu tylko niektóre prace: *Wolfsohn i Neisser* w gronkowcowych i mieszanych zakażeniach uzyskali świetne wyniki, *Seebohn* również miał dobre rezultaty używając autoszczepionki. *Gratia*, stosując szczepionkę u chorych na czyraczność, ropnie skórne, stwierdził wybitne cofanie się sprawy chorobowej. *Wasserman* z dobrym skutkiem używał mieszaniny zawiesiny drobnoustrojów z żelatyną. Przy stosowaniu szczepionek leczniczych lekarz praktyk bardzo często staje wobec zagadnienia czy stosować autoszczepionkę, czy też preparaty fabryczne. W większości wypadków z powodu trudności technicznych lekarz nie może przygotować autoszczepionki, cena jej również bardzo często przekracza cenę odpowiedniego preparatu fabrycznego, w takich razach należy bezwzględnie używać szczepionki wieloważnej gotowej, a ta jeśli jest świeża (szczegół bardzo ważny) oddaje znakomite usługi. Zakres wskazań jest tu szeroki i dotyczy takich schorzeń jak „adenitis", „osteomyelitis", „otitis", „pelveopenitonitis", „furunculosis" i innych

Metody ogólne stosowania są podane przy odpowiednich przypadkach. Należy jednak każdy leczony przypadek traktować indywidualnie, tak co do ilości jak i częstości stosowanych dawek, gdyż wtedy tylko można oczekiwać dobrych rezultatów

Niewiele więcej da się powiedzieć o szczepionkach paciorkowcowych. Stosujemy je również w schorzeniach lokalnych, zwłaszcza w róży, również i w umiejscowionem zapaleniu mięśniówki macicy, jako szczepionki uczulone.

Nieco szczegółowiej omówimy natomiast szczepionkę *Delbeta,* spopularyzowaną pod nazwą propidonu. W skład tej szczepionki wchodzą: zawiesina gronkowców, paciorkowców, oraz laseczek ropy błękitnej. Zainteresowanie pałeczką ropy błękitnej datuje się od badań *Bouchard'a,* który wstrzykując zwierzętom zakażonym wąglikiem żywe pałeczki uzyskiwał dodatnie wyniki w przebiegu tego schorzenia. Dalsze badania *Ledderhosa* w czerwonce. *Farreula i Fortineau* w ropniach skórnych podniosły jeszcze bardziej jej znaczenie. Badania pracowniane *Emmericha i Löwa* wykazały, że przyczyną zdolności bakterjobójczej tej pałeczki w stosunku do innych drobnoustrojów jest enzym bakterjolityczny nazwany przez nich pyocyanazą. *Weil* stosował pyocyanazę w dyfterycie, zaś *Doelken* w wiądzie rdzenia parenteralnie. Dziś pyocyanaza jako taka nie jest tak szeroko stosowana, w szczepionkę natomiast *Delbeta* powinno być zaopatrzone każde, najskromniejsze nawet ambulatorjum. a częściej niż dotychczas powinien ją stosować lekarz praktyk. Doskonałe często wyniki otrzymuje się w schorzeniach miejscowych jak trądzik. czyraki, zapalenie narządów płciowych kobiecych. szpiku kostnego i t. p. Odczyny przy stosowaniu jej są czasami wprawdzie silne. obawy jednak przed niemi są płonne, gdyż nigdy nie zagrażają życiu.

Jedną z najbardziej spopularyzowanych, dających w praktyce doskonałe często wyniki jest szczepionka gonokokowa. Pierwszą właściwą szczepionkę gonokokową podał *Bruck.* Jest to zawiesina zabitych szczepów zroznaitych przypadków rzeżączki. Szczepy te koniecznie muszą być świeże. Od czasów *Brucka* zjawiła się na rynku duża ilość preparatów wzorowanych na jego szczepionce. wielokrotnie ulepszanych. Nasze preparaty krajowe nie ustępują najlepszym zagranicznym, a przewyższają tem, że można je otrzymać zawsze świeże, że pochodzą od szczepów. pobranych w kraju (Kwestja swoistości gruntowej). Wyniki stosowania szczepionki zależne są od ilości. wieloważności, sposobu zabicia i wytrzymałości szczepów. Liczyć się jednak musimy z dawkowaniem i możemy powiedzieć, że skutki leczenia wtedy będą zadawalniające. gdy każdy wypadek będziemy traktowali indywidualnie.

Do przypadków nadających się do leczenia należą tylko te, u których po zastrzyknięciu obserwujemy podwyższenie temperatury. Gorączka bowiem jest oznaką, że szczepionka podrażniła aparat obronny ustroju, dając odczyn i że ustrój taki posiada zdolności reagowania produkcją przeciwciał. Jeśli chodzi o technikę wstrzykiwań *Bruck* i jego zwolennicy radzą stosować szczepionkę dożylnie począwszy od małych dawek. Jest to bowiem sposób najskuteczniejszy i najszybszy, a bynaj-

mniej nie dający niepożądanych odczynów. W wielu jednak klinikach i poważnych oddziałach szpitalnych z powodzeniem stosuje się wstrzykiwania domięśniowo. Wskazaniami do stosowania szczepionki gonokokowej są powikłane zakażenia gonokokowe rozmaitych narządów. Na pierwszem miejscu należałoby tu postawić arthritis gonococcica, dalej myositis, epidydymitis, prostatitis, bartholinitis, tendovaginitis, schorzenia narządów rodnych kobiecych i t. d.

O dawkowaniu szczegółowem będziemy mówili później, tu wspomnimy jedynie, że obecnie przy stosowaniu domięśniowem dajemy znacznie większe dawki niż dawniej: rozpoczynając od pół miljarda gonokoków dochodzimy w zależności od odczynu do 3 i więcej miljardów.

Ciekawem natomiast jest, iż szczepionki nie wpływają zupełnie na niepowikłaną rzeżączkę błony śluzowej cewki. *Schindler* objaśnia to następującą teorją: pod wpływem szczepionki następuje zadrażnienie ogniska i wytwarzanie antygenu przez ziarniaki. Podczas gdy w tkankach antygen ten wywołuje tworzenie przeciwciał w cewce zostaje on spłukany przez mocz. Niektórzy uczeni twierdzą, jakoby szczepionka działała tylko jako obce białko, czyli nieswoiście. Większość jednak kładzie nacisk na fakt, że nigdy substancjami nieswoistemi nieuzyskiwali tak szybkiego wyleczenia jak szczepionką. Nie negują jednak dobrych wyników przy kombinacjach szczepionki z substancjami nieswoistemi jak: mleko plus szczepionka, yatren plus szczepionka, szczepionka fluoryzowana i t. p. Obecnie używa się również szczepionek mieszanych wychodząc z założenia, że infekcje swoiste pomieszane są z nieswoistemi, z drugiej strony, iż niektóre gatunki pokrewne podnoszą zdolność drażniącą szczepionki. Mieszanki te składają się prócz naturalnie dwoinek tryprowych, z gronkowców, pałeczek pseudodyfterytu, dwoinki zapalenia nagminnego opon, dwoinki kataralnej, i t. p. Przy końcu dodam jeszcze, że szczepionki używa się również obecnie do celów djagnostycznych, przyczem zaleca się również wprowadzać ją dożylnie. Odczyny są trojakiego rodzaju: 1 ogólne podniesienie ciepłoty, 2 miejscowe: bolesność, obrzęk i zaczerwienienie, o ile wprowadzamy podskórnie i 3 ogniskowe: zwiększenie wydzieliny, pieczenie w cewce, względnie silniejsze objawy w zainfekowanych narządach. Podczas, gdy niektórzy wątpią w wartość rozpoznawczą odczynu ogniskowego, i miejscowego, wszyscy przyznają, że swoisty odczyn gorączkowy świadczy niedwuznacznie o zakażeniu tryprowem. Po wstrzyknięciu następuje podniesienie temperatury, następnie łagodny spadek po jakimś czasie znowu skok w górę o różnicę 2° i wreszcie ostry spadek do normy. Taki odczyn krzywej ciepłoty zygzakowatej tłumaczymy sobie tem, że pierwszy skok pochodzi od antygenu wprowadzonego, drugi od antygenu powstałego przy rozpadzie drobnoustrojów w ognisku. Ten zaś masowy rozpad możemy odnieść do wzmożenia przeciwciał powstałych pod wpływem szczepionki. Ogólnie mó-

wiąc wzrost ciepłoty ponad 2^0 stopnie świadczy o zakażeniu swoistem. O odczynie swoistym odchylenia dopełniacza według modyfikacji *Bordet-Gengou* używanym w ostatniej dobie nie będziemy tu mówili.

W zakres lecznictwa wchodzi jeszcze jeden preparat teoretycznie i praktycznie opracowany przez *Besredkę* jako t. zw. „antivirus". Dla uzasadnienia teoretycznego skuteczności tego przypadku operuje *Besredka* swą teorją odporności miejscowej (patrz wyżej) Wg. własnych słów *Besredki:* „przesącz kultury drobnoustrojów zupełnie sterylizowany, zawiera jakąś substancję, której działanie hamuje wzrost stafiloko-ków „in vivo" i „in vitro". A dalej „we wnętrzu ciał bakteryjnych obok trującego „virus" znajduje się nietrujący termostabilny „antivirus", który elektywnie działa w kierunku odpornościowym na skórę". Według niego antivirus wprost impregnuje skórę, chroniąc ją tem samem od zakażenia. *Besredka* od teorji przeszedł do praktyki i otrzymał przy przewlekłych zakażeniach gronkowcowych i paciorkowcowych świetne rezultaty. Dziś w jakikolwiek sposób będziemy się zapatrywali na teoretyczne poglądy *Besredki,* nie da się zaprzeczyć, że w całym szeregu schorzeń „antivirus" daje wyniki zdumiewające.

Wskazania do stosowania są tu bardzo szerokie i obejmują wszelkie sprawy ropne jak furunculosis, mastitis, impetigo, ozoena, keratitis phlegmone, i abscessus, gingivitis, pyothorax, ulcus cruris, ulcus venereum, sepsis puerperalis i wiele innych.

Co do metody stosowania, najlepsze wyniki w myśl teorji daje bezpośrednie zetknięcie się „antivirus" ze skórą lub śluzówką. W ten bowiem sposób może dojść do owej impregnacji uodparniającej. W tym celu używamy okładów przemywań, pędzlowań, a w niektórych wypadkach wstrzykiwań domięśniowych lub podskórnych.

Zachodzi jeszcze kwestja co do używania „antivirus" wyhodowanego z przypadku t. zw. „autobouillon vaccin". W tym jednak wypadku, podobnie jak i przy autoszczepionkach decydują warunki techniczne, wygoda lekarza. Zresztą przy używaniu preparatu fabrycznego lekarz ma zawsze do dyspozycji antivirus mieszane wieloważnie. Dotychczas mamy doskonałe następujące preparaty polskie: buljon szczepionkowy gronkowcowy, paciorkowcowy, mieszany (gronkowce i paciorkowce) z pałeczek okrężnicy, mieszany wielobakteryjny, enterekokowy, przeciwkataralny.

Na zakończenie chcielibyśmy przedstawić wyniki dotychczasowych zmagań z jedną z największych plag ludzkości t. j. gruźlicą. Olbrzymie ofiary jakie porwała i dotychczas porywa były zawsze bodźcem dla uczonych do żmudnych badań nad terapją, aby choć w części uwolnić ludzkość od tej niszczącej choroby. *Koch* pierwszy po odkryciu prątka, rozpoczął badania na zwierzętach i ludziach i wyniki jego co do odporności i lecznictwa są tak znamienne, że pozostały w swem założeniu

aktualne po dziś dzień. Bazą, na której rozwinął się gmach nauki odporności, jest t. zw. objaw *Kocha*. *Koch* zakażając świnkę zdrową i chorą na gruźlicę, stwierdza, że zakażenie prątkiem przebiega u nich inaczej. Podczas gdy u zdrowych świnek po wprowadzeniu żywych prątków w przeciągu 2 tygodni powstaje ogólne zakażenie z zajęciem gruczołów, które prowadzi do śmierci, u świnki chorej na 3 dzień powstaje w miejscu wstrzyknięcia obrzęk, który ulega martwicy, następuje zabliźnienie się, gruczoły są bez zmian i świnka wraca do zdrowia. Od tej pracy rozpoczęły się badania na szeroką skalę na ludziach i zwierzętach. Tutaj w krótkich słowach wymienię pracę nad uodpornieniem ludzi. *Möller* pierwszy wstrzyknął sobie osłabione żywe prątki gruźlicze: o wynikach nie można mówić, ze względu na pojedyńczy przypadek. *Hamburger* wstrzykiwał osłabione względnie zabite prątki dzieciom. *Lowenstein* proponuje wstrzykiwania prątków, które spontanicznie zginęły, względnie smarowanie po urodzeniu dzieci maścią prątków zabitych t. zw. „dermotubin". Ciekawe są na wielką skalę przeprowadzone badania *Ferran'a* w Hiszpanji ze swym preparatem antialpha. O krok naprzód posunęły naukę badania *Calmetta,* który hodując prątki na pożywce z żółcią poprzez 250 pasaży doszedł do szczepu o bardzo słabej złośliwości, popularnie zwanej B.C.G. Po uzyskaniu dodatnich wyników na zwierzętach, przeszedł do badań nad dziećmi. W latach 1922-24 zaszczepił 219 noworodków. Szczegółowe badania nad odczynem skórnym u tych szczepionych dzieci przeprowadził *Weil-Halle*, który stwierdził, że odczyn ten był mimo szczepienia ujemny do 3 miesięcy życia. Później znajdywał go dodatnim w 11%, tak jak u dzieci nie szczepionych. Wynika z tego, że samo podanie B.C.G. nie uczula organizmu, a więc niema również i własności uodparniających (patrz niżej). Jednak tenże autor na kongresie w Waszyngtonie przedstawił badania nad 17.000 dzieci z dodatniemi wynikami, jeśli chodzi o poszczepienne zakażenie prawdziwą gruźlicą. W jakiś czas potem przedstawił on również obserwacje 317 dzieci, u których śmiertelność na gruźlicę w przeciągu dłuższego czasu po szczepieniu wyniosła zaledwie 1,8%.

Podczas gdy jedni są entuzjastami szczepienia B.C.G. inni zapatrują się sceptycznie na wyniki wysuwając czynniki uboczne, jak lepszą opiekę nad dzieckiem szczepionem, samoobronę organizmu, odmienne sposoby prowadzenia statystyk i t. d. W każdym razie objektywnie będziemy mogli osądzić wyniki tych szczepień za parę lat wobec ich masowego stosowania w bardzo wielu krajach. Zastanówmy się teraz pokrótce nad teorją odporności w gruźlicy na podstawie badań doświadczalnych. Wielu bardzo uczonych twierdzi, że właściwej odporności tu niema, istnieje jedynie t. zw. resistentio (Petruszky), która trwa tak długo, jak długo istnieje infekcja. Sprawa miałaby się jak w kile, gdzie następne zakażenie może nastąpić tylko po zupełnem wyleczeniu pierwszej infekcji.

W gruźlicy pozostaje pewne uczulenie na jady wydzielane przez prątki, którego sprawdzanie służy nam do celów djagnostycznych (Pirquet). Człowiek w ciągu swego życia przedstawia obraz podobny do klasycznego objawu Kocha. Do 3 miesiąca życia jest niewrażliwy na jady, wrażliwy natomiast na inwazję samych prątków. Jak się to przedstawia klinicznie? 1. Brak odczynu skórnego. 2. Jeśli następuje infekcja silniejsza, przebiega ona burzliwie w postaci ogólnego zakażenia z przerzutami i kończy się śmiercią. Podobnie przedstawia się obraz świnki zdrowej w zakażeniu doświadczalnem, jak również obraz infekcji u ludzi, którzy żyli w środowisku niegruźliczem. Jako przykłady podamy masowe wypadki śmierci na gruźlicę wojsk kolonjalnych w czasie wojny śwaitowej.

Po trzech miesiącach u około 11%, a później u poważniejszej liczby oosbników sprawa przedstawia się inaczej: organizm zarażając się prątkami z otoczenia doznaje infekcji na tyle słabej, iż nie wywołuje ogólnego zakażenia, a na tyle skuteczniej, że wywołuje odporność organizmu a zarazem uczulenie. Kompleks przedstawiamy sobie następujące: jeśli do uczulonego organizmu wprowadzimy żywe prątki, ten czuły na jady w przeciwieństwie do 3-ch miesięcznego dziecka, reaguje miejscowo w swych wrotach zakażenia przekrwieniem, wytwarzaniem ciał ochronnych i wreszcie martwicą. W ten sposób zabijając prątki nie dopuszcza do uogólnienia infekcji. Badania anatomo-patologiczne Lubarscha i Schmitza rozjaśniły nam jeszcze bardziej sprawę wskazując, iż tam gdzie pozornie było wygaśnięcie infekcji np. w zwapniałych gruczołach tam znajdowali żywe prątki. Prątki takie według najnowszych badań mogą wychodzić z ognisk i krążyć we krwi naturalnie w małych ilościach. W ten sposób wywołują one przeciwciała w osoczu tworząc t. zw. humoralną odporność. *Behring* stawia kwestję w ten sposób, iż tam gdzie mamy uczulenie tam znajdujemy odporność Dowody są następujące: 1 powstawanie równocześnie przeciwiał i odczynu skórnego u świnki doświadczalnej 2. przy wyniszczeniu mamy brak odczynu skórnego a równocześnie zalanie całego organizmu antygenami i niewydolność wytwarzania przeciwciał 3 przy komplikacji gruźlicy z odrą mamy brak odczynu skórnego i zarazem pogorszenie całej sprawy chorobowej. W związku z rozwojem serologji i uzyskiwaniem ciał odpornościowych pod wpływem ciał wywołujących starano się otrzymywać owe przeciwciała gruźlicy wstrzykując rozmaite wyciągi z prątków. W paru słowach objaśnimy pojęcie ciała wywołującego czyli antygen na klasycznym przykładzie białka. Jeśli wprowadzimy białko doustnie, następuje jego rozkład na związki prostsze, przechodzenie przez przewód pokarmowy i synteza tych związków na swoistą cząstkę białka organizmu. Jeśli natomiast białko wprowadzimy parenteralnie, to organizm reaguje odczynem ogólnym i miejscowym jak na jednostkę obcą i stara się ją zneutralizować przez syntezę z przeciwciałem. Owe przeciwciała są swoiste dla każdej obcej cząstki Ce-

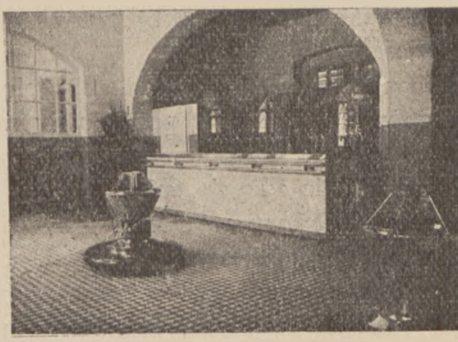
chą każdego antygenu jest więc toksyczność, powstawanie pod jego wpływem przeciwciał i łączenie się z nimi. Co do pierwszego punktu starano się otrzymywać rozmaite wyciągi z prątków i uznawano tylko te za antygeny, które wywoływały objawy chorobowe podobne do typowej gruźlicy. Wyciągi te zawierały ciała tłuszczowe, woskowe, białkowe lub lipoidowe. Jeśli chodzi o rodzaj ciał odpornościowych, to podczas gdy przy wprowadzaniu żywych prątków powstawały: aglutyniny, lizyny i bakterjotropiny to, przy wprowadzeniu wyciągów powstawały precypityny, amboceptor swoisty, antycutina, ferment ochronny Abderhaldena. Zastanawiano się, czy będzie można użyć antygenu do wywoływania odporności zamiast prątków żywych. Badania doszły do wyników negatywnych. Lepsze są wyniki w badaniach nad otrzymywaniem ciał ochronnych doraźnie a więc w lecznictwie. Co do skuteczności rozmaitych wyciągów to podczas gdy jedni podają dobre wyniki w badaniach nad lipoidami inni *(Much, Loeschke)* uważają, że koniecznym składnikiem antygenu musi być białko swoiste prątka. Badania nad wiązaniem przeciwciał wykazały, iż tylko odchylenie dopełniacza jest swoiste (w 65%), najwyższą zaś czułość na tę reakcję wykazały wyciągi lipoidowe. Z rodzajów antygenów podam prócz *Besredki, Calmetta*, nowszy bardzo czuły i swoisty antygen *Boquet'a i Negr'a:* Jest to wyciąg metylalkoholowy prątków zabitych acetonem. Dobre wyniki w operowaniu tym antygenem podają: *Bezançon, Bergeron, Delille, Hillemans, Lestoque* i inni.

Jeśli chodzi o badania nad produktem prątków podanym już przez Kocha, mianowicie tuberkuliną, wobec spopularyzowania tegoż jako środka djagnostycznego poruszę tu tylko wyniki w lecznictwie. Przy stosowaniu tuberkuliny stwierdza się cofanie się sprawy poprzez 3 stadja: 1. następuje jakoby zropienie a później demarkacja gruzełka, 2. ognisko martwicze rozpływa się, 3. najważniejsze; bujanie tkanki łącznej i zabliźnianie się. Organizm więc przy wprowadzaniu dawek coraz bardziej uczula się, coraz więcej produkuje ciał ochronnych i w ten sposób podczas serji wstrzykiwań tuberkuliny coraz lepiej daje sobie radę z infekcją w samem ognisku. Według *Loewensteina* prątki gruźlicze przy stosowaniu tuberkuliny zamieniają się na niewinne saprofity. *Banddlier* w swoich 202 prątkujących przypadkach stwierdził, po leczeniu tuberkulinowem w 63% znikanie prątków w plwocinie. Na kongresie w Wiesbaden wielu ftizjologów opowiedziało się za leczeniem gruźlicy tuberkuliną. Na ogół jednak ten sposób postepowania leczniczego ma obecnie coraz mniej zwolenników, w każdym razie wskazania do stosowania tuberkuliny są coraz węższe. Wspomnieć tu również należy o dodatnich wnyikach *Guignarda* i innych przy stosowaniu leczniczem antygenu *Boquet'a i Negr'a.*

Mimo, iż tematu nie wyczerpaliśmy nawet w części, już z tego krót-

kiego przeglądu widzimy, że wraz z rozwojem bakterjologji uzyskaliśmy potężną broń w walce z chorobami zakaźnemi zarówno w kierunku zapobiegawczym, jak leczniczym i djagnostycznym, broń, z której ze względu na ogólnie dobre wyniki powinniśmy z ufnością korzystać i stosować ją na równi ze środkami farmakologicznemi.

Jeśli chodzi o wybór preparatów: to śmiało możemy powiedzieć, że te, które nam dają do dyspozycji nasze krajowe zakłady, rozwijając z dnia na dzień coraz większą działalność, w zupełności zadawalają wymagania stawiane przez uczonych jak i przez lekarzy-praktyków, tak co do jakości, jak i co do składu i w niczem nie ustępują wyrobom zagranicznym, a przewyższają je świeżością i niską ceną.



REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

W. FALTA. *Rola układu sercowo-naczyniowego w śpiączce cukrzycowej.* (Die Aerztliche Praxis Nr. 12/34 r.

Śpiączka cukrzycowa miewa rozmaity przebieg: są przypadki śpiączki, w których brak oddechu Kussmaula, takie, w których nie stwierdza

się acetonu w moczu, dalej śpiączka może przebiegać z objawami mocznicowemi i wreszcie z rozwijającem się osłabieniem serca.

Ta ostatnia postać, zaobserwowana już przez Naunyna została dokładnie opisan przez Bluma i Ehrmana. Blum rozróżnia postać dusznościową i sercową. Sercowa charakteryzuje się przez silne przyśpieszenie akcji serca, spadek ciśnienia krwi i brak oddziaływania na wszelkie środki sercowe.

Poglądy na istotę śpiączki cukrzycowej zmieniają się z biegiem czasu. Dawniej uważano, że istotą schorzenia jest zatrucie ustroju kwasami. Później zapanował pogląd, że choć w śpiączce cukrzycowej istnieją przesunięcia w równowadze kwasowej, jednak dzięki zdolnościom wyrównawczym krwi normalny odczyn zostaje utrzymanym i tylko w końcowych stadjach występuje zakwaszenie. Przyjmuje się więc, że ciała ketonowe wywołują śpiączkę nie przez swój kwaśny charakter, ale przez specyficznie trujące działanie.

Fakt, że w pewnych rzadkich przypadkach śpiączki nie stwierdza się obecności ciał ketonowych w moczu, pozwala innym autorom na wysuwanie wniosku, że w powstawaniu śpiączki grają rolę nie ciała ketonowe, a niezdolność ustroju do zużycia cukru.

Szczególnie ważne są objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego: już w stadjum przedśpiączkowem następuje obniżenie ciśnienia krwi; w okresie śpiączkowym spada ono często do 70mm Hg. Również obniża się wybitnie ciśnienie rozkurczowe. Tętno przyśpiesza się do 130—140 na./m., często jest niemiarowe. Objawy niewyrównania ze strony serca nie występują. Do tego dołącza się często obniżenie temperatury. Wszystko to dowodzi, że mamy tu do czynienia z zaburzeniem w ośrodkach naczynioruchowych.

W ciężkich przypadkach śpiączki cukrzycowej stwierdza się zaporę nerkową, mianowicie nietylko coraz bardziej się zmniejsza ilość moczu ,ale również wydzielanie cukru i ciał ketonowych spada do minimum, wreszcie ciała te znikają w moczu zupełnie, podczas gdy we krwi stwierdzamyp stale hyperglykemję i ketonemję. Tę zaporę nerkową spotyka się również u młodych djabetyków z uprzednio zupełnie zdrowemi nerkami. Spowodowana jest ona upośledzeniem krążenia.

Po zastosowaniu dużych dawek insuliny udaje się często opanować śpiączkę: wraca świadomość, nawet znika cukier i aceton w moczu i zawartość ich we krwi staje się normalna, a jednak niedomoga sercowo-naczyniowa rozwija się często w dalszym ciągu i może doprowadzić do zapaści.

W pewnych przypadkach stwierdza się odchylenia od typowego zespołu sercowo-naczyniowego, a mianowicie:

1) Jeśli już oddawna istniała hypertonja i skutkiem tego nastąpiło zatrucie ośrodków naczynioruchowych.

2) Jeśli istnieje zwyrodnienie mięśnia sercowego i do objawów niedomogi naczyniowej dołączają się objawy niedomogi serca.

3) Przy istniejącej miażdżycy naczyń wieńcowych, kiedy to często w stadjum przedśpiączkowem występują objawy dławicy piersiowej.

Również odmiennie przedstawiają się objawy ze strony nerek w przypadkach nerki marskiej. Powstaje wtedy również zapora nerkowa, ale wraz z mocznicowemi objawami i nie cofającą się pod wpływem insuliny. Pod działaniem insuliny objawy cukrzycowe ustępują i występuje typowy zespół mocznicowy. Na zaburzenia w krążeniu trzeba zwracać baczną uwagę już od początku choroby. Należy podawać cardiazol, kofeinę, kamforę, strychninę oraz alkohol w dużych dawkach. Naparstnicę podaje się tylko w wypadku zwyrodnienia mięśnia sercowego w stanie niewyrównania

Dr. Irena Grodzieńska.

—:o:—

KLEINBERGER IMRICH. *Rezyl, nowy, skuteczny środek wykrztuśny* (Resyl nowy ucinny expektorans). Bratislavské Lékarske Listy, Nr. 10, str. 138 — 140, październik 1934 r.

Rezyl spełnia wszystkie warunki stawiane dobremu środkowi przeciwkaszlowemu, gdyż obniża pobudzenie kaszlowe uspokaja ośrodek oddechowy, ułatwiając jednocześnie wykrztuszanie. Pozatem wpływa pomyślnie na apetyt, co w chorobach płucnych ma wielkie znaczenie. Z powodu dobrego smaku jest chętnie przyjmowany, nad innemi zaś preparatami gwajakolowemi ma tę przewagę że może być przyjmowany przez czas dłuższy, nie drażniąc przewodu pokarmowego

Rezyl był wypróbowany w sanatorjum (Tatranské Matliary) na wielu przypadkach z doskonałym rezultatem klinicznym, częściowo w schorzeniach niespecyficznych, jak zapalenie gardła, krtani, oskrzeli i oskrzelików, ale przedewszystkiem w gruźlicy płuc. Tak częste w tej chorobie zatrzymanie wydzieliny ze wszystkiemi skutkami, jak gorączka, ból głowy, osłabienie, męczący kaszel ustępował po krótkotrwałej kuracji rezylem, podczas gdy wykrztuszanie wzmagało się i było ułatwione.

Bardzo skuteczny jest ten środek w przypadkach bronchitis putrida, w których działa odkażająco i odwaniająco. Jakichkolwiek przykrych ubocznych objawów nie obserwowano Przeciwwskazań Rezyl nie posiada.

Dr. Med. Fr. Sienicki.

——:o:——

P. BURGER, (Strasburg). *Ciąża po zastosowaniu radu do macicy.* Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie Nr. 5, 1934 rok.

Kobieta lat 41, zamężna od 20 lat zgłasza się ze skargami na krwawienia nieregularne, nieustające, czasem bardzo obfite ze skrzepami. Trwa to od niedawna. Nigdy w ciążę nie zachodziła. Badaniem stwierdza się: szyjkę skierowaną ku przodowi, zamkniętą; macica duża, nieruchoma w tyłozgięciu. Przydatki niebadalne.

Jamę macicy wyłyżeczkowano; badanie mikroskopowe wyskrobin nie wykazało cech złośliwych.

Zastosowano rad do macicy w ilości 10 m. c. d.

Po leczeniu brak miesiączki przez rok. Po roku zawezwano autora do pacjentki z powodu b. silnego krwiotoku. Natychmiast wyłyżeczkowano jamę macicy, wyskrobano dużo resztek, wśród których już makroskopowo rozpoznano jajo. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie. Krwiotok był spowodowany poronieniem w 2 mies. ciąży.

Przypadek drugi. Pacjentka lat 39 zamężna od 10 lat, nigdy w ciążę nie zachodziła. Miesiączkuje nieprawidłowo co 2—3 miesiące. Perjod bardzo obfity trwa 4—6 dni. Po wyskrobaniu jamy macicy zastosowano rad do macicy w ilości 5 m. c. d. w celu zmniejszenia silnych krwawień. Po tem leczeniu miesiączki stały się regularne, co 4 tygodnie, mniej obfite i krócej trwające. Po upływie 15 miesięcy pacjentka zaszła w ciążę i urodziła na czasie zdrowe dziecko wagi 3500 gr.

Przypadki te są ciekawe ze względu na zagadnienie czy po stosowaniu radu ciąża jest możliwa, czy też jest czemś wyjątkowem.

Flaskamp podaje 133 przyp. ciąży u 117 kobiet po naświetlaniu promieniami Roentgena i 54 przyp. ciąży u 46 kobiet po zastosowaniu radu.

Mówi się często o szkodliwym wpływie energji promienistej na dzieci, zwłaszcza, gdy naświetlanie wykonywa się w pierwszych miesiącach ciąży. Uszkodzenia dotyczą głównie centralnego układu nerwowego.

Flascamp, Heynemann, Hirsch, Lacomme, Nuern, Berger i wielu innych podają szereg przypadków, w których dzieci są normalne, jak i zresztą w przypadku autora.

Pankon i Gummert podają przypadek: potworka i mongoła u matki która rodziła po 2 letniej menopanzie po zastosowaniu dawki kastracyjnej. Niektórzy twierdzą, że uszkodzenia jako skutek energji promienistej,

mogą wystąpić nawet lub też dopiero w trzeciem pokoleniu. Kwestja wpływu na jajnik i na dziecko pozostaje nadal otwarta.

Niewiadomo czy promienie radu i Roentgena wywierają wpływ tylko na komórki jajowe, znajdujące się na powierzchni jajnika czy też na jajnik w całości, przenikając do głębi.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

J. LOUYOT. BODART ET LACOURT, Nancy. „*Przypadek niezauważonego pęknięcia macicy; śmierć wskutek zapalenia otrzewnej w okolicy wyrostka robaczkowego*". Bull. de la Societé d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Nr. 5. mai 1934.

Pacjentka lat 20, rodziła przed dwoma laty. Drugi poród na czasie. Badaniem stwierdza się płód w położeniu poprzecznem. z łatwością daje się sprowadzić w położenie główkowe. Kilka dni później płód samoistnie zmienił swe położenie, po raz drugi z łatwością udało się sprowadzić główkę w dół. Poród rozpoczął się 2 lutego rano, bóle początkowo słabe stały się w ciągu nocy silniejsze. Następnego dnia stwierdza się główkę ruchomą wysoko ponad wchodem. Wody zachowane, ujście zewnętrzne rozwarte na dłoń, brzegi ujścia grube, główka w położeniu defleksyjnem. ciemię duże po stronie lewej i z tyłu. Po dwóch godzinach od badania odeszły wody jasne, w dużej ilości. Poród postępuje, główka jakby się adoptowała w defleksji. Postanowiono czekać.

Bóle mocne i częste. Macica bardzo wydłużona, dolnego odcinka nie wyczuwa się oddzielnie. Po dwóch godzinach macica wydłużyła się o 2 cm., a dolny odcinek daje się wyczuć, jakby był oddzielony od trzonu macicy. Bóle nadal mocne. Stan chorej dobry. Postanowiono wykonać cięcie cesarskie wskutek braku postępu porodu, nieustalania się główki.

W znieczulaniu lędźwiowem. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się nieco krwi w jamie otrzewnowej i napotyka się głowę płodu napół wysuniętą z dolnego odcinka przez otwór mniej więcej dł. 10 cm. Główka schodzi poza pęcherz moczowy, nieuszkodzony. Otrzewna trzewna bardzo rozciągnięta. Na prawem więzadle szerokiem znajduje się duży

krwiak i nasuwa podejrzenie pęknięcia w tem miejscu. Usunięto martwy płód wagi 4100 gr. oraz łożysko

Wytoczywszy macicę usunięto ją nadpochwowo. Hemostaza utrudniona wskutek obecności krwiaka. Dolny odcinek pozostawiono otwarty i włożono sączek wyciągając go przez pochwę.

W czasie zabiegu stan chorej gwałtownie pogorszył się; ziewa, tętno bardzo szybkie ledwie wyczuwalne, blada. Po zabiegu stan chorej b. zły; dokonano natychmiast transfuzję krwi w ilości 300 cm^3. Stan chorej poprawił się. Przez pierwsze dwa dni stan chorej zadowalający. Wypróżnienie trzeciego dnia po operacji. Mimo to jama brzuszna wzdęta i chora skarży się na gwałtowne bóle. Sączek wyjęto 4 dnia — zupełnie suchy. Po wyjęciu sączków stan jeszcze gorszy, zjawiły się brunatne wymioty. W dni następne objawy zapalenia otrzewnej. Chora zmarła 7 dnia po zabiegu.

Na sekcji: po otwarciu jamy brzusznej wydobywa się duża ilość cuchnącego gazu. Pętle jelit i żołądek wzdęte. Ich powierzchnia szorstka, brunatna, z licznemi punkcikowatemi wybroczynami. Między pętlami jelit świeże zrosty włóknikowe, które się dają łatwo rozerwać. Dużo zrostów zwłaszcza w okolicy wątroby; po ich rozdarciu ropnie żółtawe. Wyrostek robaczkowy tuż przy kątnicy zmieniony zgorzelinowo, dalszej jego części nie udało się znaleźć. W miednicy małej peritonizacja doskonała, ale catgut nie wykazuje nawet początku wsysania.

Wątroba stłuszczona ma cechy charakterystyczne infekcji. Nerki wykazują nephritis subacuta.

Podkreślić należy samoistne odpadnięcie wyrostka. Przypadek interesujący ze względu na brak jakichkolwiek objawów pęknięcia macicy. Dopiero w czasie operacji stan chorej stał się groźny.

Zastanawiającem jest czy zapalenie otrzewnej wystąpiło wskutek operacji, czy też wskutek zmian znalezionych na sekcji. Możliwem jest, że istniał podostry stan zapalny wyrostka, który wskutek manipulacji w czasie operacji zaostrzył się, doprowadzając do zgorzeli.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

M. J. CHARLES (de Beyrouth). *Retencja i rozpłynięcie się płodu 5-cio miesięcznego.* Bull de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris Nr. 5, mai 1934 r. Nancy.

Pacjentka, która stale miewała nieregularne miesiączki zgłosiła się do autora. Ten stwierdził 3 miesięczną ciążę. Po dwóch miesiącach zgłosiła się powtórnie, gdyż jak podaje, od 3 tygodni nie czuje ruchów i twierdzi, że z chwilą ustania ruchów płodu zmniejsza się jej brzuch. Od trzech tygodni nie miewa już nudności, ani wymiotów.

Badaniem stwierdza się macicę odpowiadającej wielkością 3 m. ciąży. Wobec stwierdzenia śmierci płodu poradzono pacjentce, żeby czekała na wydalenie płodu.

W sześć miesięcy później urodziło się jajo, zamknięte, zawierające małą ilość płynu.

Od powierzchni jaja odchodzi cienki sznur dł. 5 cm., sięgający do małego, twardego tworu, wielkości połowy ziarnka kawy. Badania histologicznego nie wykonano.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik dodatni. Mimo polecenia pacjentka nie leczyła się.

Po roku pacjentka zaszła w ciążę po raz drugi; urodziła na czasie, ale dziecko zmarło w pierwszych miesiącach życia. Przypadek jest ciekawy ze względu na prawie całkowite rozpłynięcie się płodu, oraz ze względu na etjologję kiłową.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

G. ARNULF. *Wycięcie całkowite tarczycy w leczeniu dławicy piersiowej i niewyrównanych schorzeniach serca bez objawów toksycznych ze strony tarczycy.* (La Presse Medicale, Nr. 101 1934 r.).

Ten nowy sposób leczenia dławicy piersiowej jest stosowany z entuzjazmem przez szkołę bostońską. Mniej więcej w okresie 1½ roku zastosowano tę metodę u 130 chorych. Aby ocenić ją należycie należy pamiętać, że nie robi ona cudów i nie wraca do stanu normalnego chorych w ostatnim okresie; pozwala ona jednak często chorym, przykutym do łóżka, prowadzić prawie normalny tryb życia.

Niedoczynność tarczycy jest hamulcem dla zbyt wielkich wysiłków i w ten sposób przyczynia się także do oszczędzania serca.

Usunięcie tarczycy u dorosłych nie wywołuje obrzęku śluzawowatego.

Myśl usuwania tarczycy normalnej w niewyrównanych schorzeniach serca opiera się na całym szeregu danych klinicznych i fizjologicznych, zebranych przez Cutlera. Pierwsza rzecz, która zwróciła uwagę

tego autora, była to szybka poprawa po wycięciu tarczycy u bazedowików z niedomogą serca. Szybkość, z jaką następowała poprawa, nie może być wytłomaczona tylko powrotem do normy przemiany podstawowej, gdyż otrzymano ją również w przypadkach z normalną przemianą podstawową.

Drugim ważnym momentem był fakt, że preparaty tarczycy wywołują pogorszenie stanu serca nawet i cierpiących na obrzęk śluzakowaty, tak że są zawsze przeciwwskazane u chorych z niedomogą serca.

Wykazano, że szybkość obiegu krwi zarówno u cierpiących na obrzęk śluzakowaty jak i na niedomogę serca jest zmniejszona, a więc cierpiący na obrzęk śluzakowaty może się zadowolić zwolnionym obiegiem krwi. Stąd myśl wywoływania w celach leczniczych niedoczynności tarczycy u chorych z niedomogą serca bez żadnych objawów intoksykacji ze strony tarczycy. Początkowo dokonywano usunięcia tarczycy prawie doszczętnego. Wyniki działania tego zabiegu na dolegliwości sercowe były b. pomyślne, lecz nie trwały dłużej niż parę tygodni. Zaczęto więc stosować usuwanie tarczycy doszczętne. Działanie tej operacji na ustrój daje się łatwo wytłomaczyć: u chorych z niedomogą serca przemiana podstawowa jest zwykle prawie normalna. Waha się między + 20 i — 10.

Dolegliwości więc tych chorych powstają skutkiem zaburzenia równowagi między wzmożonem zapotrzebowaniem organizmu a zwolnionym krwiobiegiem. Dlatego też w leczeniu chorób serca tak dużą rolę odgrywa leżenie w łóżku jako zmniejszające zapotrzebowanie organizmu. Wycięcie tarczycy doszczętne zmniejsza również zapotrzebowanie organizmu, któremu teraz osłabione serce potrafi podołać.

Częściowe wycięcie tarczycy tylko przejściowo obniża przemianę podstawową i dlatego jest niewystarczające.

Obawa wywołania obrzęku śluzakowatego jest płonna, gdyż powstaje on tylko wyjątkowo u dorosłych a zwłaszcza u starszych ludzi i zawsze można go uniknąć przy pomocy preparatów tarczycy.

A teraz jakie warunki koniecznie muszą być spełnione przed zdecydowaniem się na operację?: Po pierwsze należy przedtem wypróbować cały szereg środków leczniczych zachowawczych i kierować na operację dopiero w razie ujemnego rezultatu.

Po drugie nie należy operować chorych w końcowym okresie, gdyż wtedy ryzyko operacji jest zbyt wielkie.

Do operacji zaś nadają się chorzy, u których można otrzymać przejściową poprawę przez wypoczynek w łóżku.

Co się tyczy dławicy piersiowej, to należy rozróżniać przypadki dławicy piersiowej czystej i przebiegającej wraz z objawami niedomogi serca. W pierwszym przypadku należy zawsze próbować wpierw, dokonania sympatectomji, jako dającej mniej groźne następstwa. W drugim przypadku pierszeństwo zyskuje thyroidectomia.

Przeciwskazaniem do operacji jest stwierdzenie, że leżenie w łóżku nie poprawia stanu chorego, gdyż niedoczynność tarczycy stwarza dla chorego te same warunki co leżenie w łóżku.

We wskazaniach do operacji etjologja niedomogi serca odgrywa małą rolę.

Przeciwskazanie do operacji stanowi zawał płuc oraz pierwotne schorzenie nerek. Należy się również powstrzymać od operacji w ostrym okresie choroby serca, gdy jest ona jeszcze w stadjum rozwoju, np. przy ostrem zapaleniu mięśnia sercowego pochodzenia reumatycznego lub kiłowego. Autor radzi wykonywać operację pod miejscowem znieczuleniem. Śmiertelność operacyjna nie jest wielka, jeśli się weźmie pod uwagę, że początkowo materjał operacyjny stanowili chorzy często w stanie beznadziejnym. Okres obserwacji pierwszych chorych operowanych wynosi około $1\frac{1}{2}$ roku. Mają oni objawy niedoczynności tarczycy, ale intelekt ich absolutnie nie ucierpiał. Wśród 19 chorych, obserwowanych przez autora — 13 zostało zupełnie uzdrowionych dzięki operacji, a 2 — przynajmniej uwolnionych od napadów dusznicowych.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

A. FOURAINE i B. MENTZEL. *Nowy sposób leczenia przeciwzakaźnego zapomocą wstrzykiwań dożylnych węgla.* La Presse Medicale Nr. 99, 1934 r.

Węgiel jest od dłuższego czasu używany w lecznictwie, dzięki swym właściwościom pochłaniającym i przeciwzakaźnym. W ostatnich czasach St. Jacques z Montréal, zastosował u ludzi wstrzykiwania dożylne węgla zwierzęcego, któremi zwalczył uprzednio pokaźną liczbę zakażeń u zwierząt.

Autorzy zaczęli również przeprowadzanie badania w tym kierunku. Wstrzykiwania te były b. dobrze znoszone i nie dawały żadnego odczynu ani ogólnego, ani miejscowego. Zachęceni tym wypadkiem badań zaczęli stosować węgiel bardziej czynny, jakim jest węgiel roślinny i to niepochodzący z drzewa. Ma on własności zarówno adsorbujące jak i absorbujące, które to własności można jeszcze wzmocnić drogą sztucznego przygotowania. Z węgla takiego, odpowiednio przygotowanego, robi się zawiesinę w płynie fizjologicznym. Pierwsze badania robiono na króliku, później na człowieku. Węgiel ten był nawet jeszcze lepiej znoszony niż węgiel zwierzęcy.

Co się tyczy działania przeciwzakaźnego, to stwierdzono u królika, zakażonego hodowlą gronkowca złocistego, silniejsze opieranie się zakażeniu po wstrzykiwaniach węgla bądź roślinnego, bądź zwierzęcego.

Ale zupełne wyzdrowienie otrzymano tylko w 4 przypadkach na 20.

Węgiel zwierzęcy odkłada się w śledzionie, wątrobie, płucach i szpiku kostnym, co zdołano stwierdzić na autopsji. Charakterystycznym jest brak odczynu zapalnego w tkankach, w których się węgiel odkłada.

Dla wytłomaczenia działania przeciwzakaźnego i przeciwgorączkowego wstrzykiwań węgla służyć mogą tylko hipotezy. Autorzy przypuszczają, że węgiel działa dzięki swym właściwościom ab — i adsorbującym. Możnaby przyjąć, że węgiel zatrzymuje i neutralizuje toksyny czyli jest to zjawisko podobne do tego, jakie obserwujemy, sporządzając filtry z węgla dla oczyszczenia wody oraz w fabrykacji masek gazowych. Węgiel posiada ładunek elektryczny, który zmienia PH otoczenia i rozbraja potencjał elektryczny bakterji.

Możliwe również, że wchodzi tu w grę pobudzenie odczynu obronnego ustroju.

W probówce węgiel sam nie zdoła zabić hodowli bakteryjnej.

Autorzy zaobserwowali parokrotnie objawy wstrząsu przy wstrzykiwaniach węgla zwierzęcego, natomiast nigdy przy wstrzykiwaniach węgla roślinnego.

Wstrzykiwania te są wskazane we wszystkich przypadkach zakażeń z podniesioną ciepłotą. Skutek jest natychmiastowy. Jeśli niema poprawy po 4—5 wstrzykiwaniach, szanse powodzenia są przeważnie minimalne. Udawało się jednak również dopiero po 8—10 wstrzyknięciach uzyskać pomyślny rezultat.

Specjalne wskazanie do wstrzykiwań węgla stanowią ostre objawy zakażenia, dermatozy ostre lub ropiejące, reumatyzm, rumień wielopostaciowy, zapalenie jąder i najądrzy oraz zapalenie jajników i jajowodów. Rezultaty otrzymane nie są jeszcze pewne. Wkażdym razie w b. wielu przypadkach otrzymano wyzdrowienie szybkie i zupełne Wobec tego metoda ta powinna według autorów znaleźć zastosowanie w lecznictwie przeciwzakaźnem.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

H. ELIAS. *O nowoczesnej djetetyce w chorobach serca i nerek* (Zur modernen Diätetik der Herz — und Nirenkrankheiten). Die Arztliche Praxis Nr. 11/24 r.

Nowoczesne dążenia leczenia djetetycznego chorób układu krążenia i nerek opierają się na prawidłach djetetycznych z pierwszego okresu badań nad przemianą materji.

Prawidła te są następujące: po pierwsze nie należy ograniczać białka w pożywieniu na dłuższy czas poniżej pewnego minimum; po drugie mierząc ilość wprowadzonych kalorvj można uzyskać potrzebne zmniejszenie względnie zwiększenie wagi chorego.

Te prawidła, dalej rezultat badań nad witaminami i pośrednią przemianą materji stworzyły nowoczesną djetetykę.

Przy ciężkich zaburzeniach w krążeniu z dusznością, sinicą i obrzękami poleca się 2 lub 3 dni głodowe, które przez obniżenie przemiany materji, odpływ cieczy tkankowej do naczyń i silną diurezę poprawiają stan pacjenta. Później następują 2—3 dni kleikowe, ubogie w sól, po nich zaś również ubogie w sól dni jarzynowe. Po tym okresie należy koniecznie dostarczyć ustrojowi dostatecznej ilości białka, również z małą ilością soli.

Wraz z postępującem poprawianiem się stanu powracamy do zwykłej djety, zawierającej nie za wiele mięsa, mało soli i niewiele płynów. Raz lub 2 razy tygodniowo przeprowadza się dni sałatowo-owocowo-jarzynowe.

Również przy wysokiem ciśnieniu poleca się obniżenie dowozu białka, soli i płynów, a również i tłuszczu.

Przy ostrem zapaleniu nerek rozpoczyna się leczenie od wprowadzenia dni głodowych i pozbawionych płynów, co wpływa dobrze na obrzęki, podniesione ciśnienie, a często zwalcza nawet mocznicę. Postać rzucawkowa mocznicy cofa się po odebraniu ustrojowi wody, zaś postać azotemiczna dzięki dniom głodowym, w których mamy zmniejszony rozpad białka i większy odpływ odpadków białkowych w związku ze wzmożoną diurezą.

Gdy jednak zapalenie nerek przechodzi w postać przewlekłą, ograniczenie ilości mięsa, a również i soli jest zbyteczne. Dopiero w okresie końcowym konieczne są surowe ograniczenia djetetyczne, a przedewszystkiem ograniczenie dowozu białka; co się tyczy płynów, to należy je z jednej strony ograniczyć, aby nie dopuścić do obrzęków, z drugiej zaś strony pamiętać o tem, aby je podawać w dostatecznej ilości, tak aby nerki w silnie rozcieńczonym moczu mogły wydzielić odpadki białkowe. W każdym wypadku należy postępować indywidualnie.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

M. CHIRAY i R. JAME. *Dyspepsje żołądkowe w schorzeniach niewrzodowych dwunastnicy.* (La Presse Medicale Nr. 96/34 r.).

Przez długi czas upatrywano jedyną przyczynę dyspepsyj żołądkowych w zaburzeniach ruchowych lub wydzielniczych żołądka i w zmianach histologicznych jego śluzówki.

Nowe badania jednak wykazały, że przyczyną wielu dyspepsyj są zmiany, leżące poza obrębem żołądka: a więc mogą być dyspepsje dwunastnicze, wyrostkowe i jelitowe, wątrobowo-pęcherzykowe, nerkowe,

maciczno-jajnikowe i pęcherzowo-sterczowe. Wreszcie mogą być spowodowane zaburzeniami wewnątrzwydzielniczemi lub nerwowemi.

Autor poświęca ten artykuł dyspepsjom żołądkowym, pochodzenia dwunastniczego, wyłączając z pośród schorzeń dwunastniczy wrzód jako jednostkę kliniczną zupełnie odrębną i doskonale już poznaną.

Zmiany w dwunastnicy, wywołujące dyspepsję żołądkową mogą być następujące: uchyłek dwunastnicy, dwunastnica ruchoma oraz zwężenie dwunastnicy niecałkowite.

Uchyłki wrodzone dwunastnicy wywołują dyspepsję żołądkową gdy są powikłane zapaleniem dwunastnicy lub okołodwunastniczem, spowodowanem przez ciągły zastój w kieszeni uchyłka. Wreszcie uchyłek może często dzięki swym rozmiarom wywołać ucisk lub skręcenie dwunastnicy.

Dwunastnica ruchoma powoduje zwężenie światła jelita. Zwężenie może być również wywołane przez zagięcie jelita, co jest jednak rzadką przyczyną. Zajęciu towarzyszy często opuszczenie żołądka i zmiana położenia odźwiernika. Wtedy obydwa górne kąty dwunastnicy mogą ulec zamknięciu, gdyż są umocowane b. wysoko przez więzadła krótkie i następnie ściągnięte. Zaburzenia w napięciu muskulatury dwunastnicy, a więc zarówno jej skurcze jak i atonja grają również dużą rolę w pochodzeniu dyspepsyj żołądkowych.

Wspólna postać wszystkich dyspepsyj żołądkowych pochodzenia dwunastniczego przedstawia się następująco: początkowo chorzy mają niewyraźne objawy jak mdłości, migreny i t. d., wkrótce jednak dołączają się do nich mniej lub bardziej gwałtowne bóle żołądkowe, zwykle w 2—3 lub 4 godziny po posiłku, często jeszcze później. Czasem znów są one wczesne i występują już w godzinę po posiłku.

Bóle te umiejscawiają się przeważnie w nadbrzuszu, często pod prawym łukiem żebrowym, tak że łatwo nasuwa się podejrzenie schorzeani pęcherzyka żółciowego.

Alkalja nie uspakajają tych bólów, które czasem mają charakter bólów głodowych. Rodziaj pożywienia nie odgrywa roli, i to jest b. ważnym argumentem, przemawiającym za dyspepsją pochodzenia pozażołądkowego. Bóle te łatwo odróżnić od bólów, towarzyszących wrzodowi dwunastnicy, gdyż nie mają one charakteru stałego i najczęściej są przepuszczające; przytem nie można ustalić żadnego rytmu w następowaniu po sobie okresów bólowych i faz spokoju. Wymioty są naogół rzadkie, najczęściej treścią pokarmową, rzadziej żółciowe lub wodniste. Wszelkim zmianom chorobowym w dwunastnicy mogą towarzyszyć krwawienia skutkiem przekrwienia śluzówki. Krwawe stolce są częstym objawem, a także zdarzają się krwawe wymioty. Jednym z objawów jest również aerophagia.

Autor rozróżnia postaci dyspepsji hyperasteniczne i hyposteniczne

postaci, w których na I plan obrazu chorobowego wysuwają się wymioty oraz postaci napadowe, nazywane przez wielu autorów kolką dwunastniczą. Taki napad bólowy trwa zwykle od 24 do 48 godzin i ustępuje tak samo szybko jak się rozpoczyna. Do objawów, towarzyszących dyspepsjom żołądkowym pochodzenia jelitowego zaliczają się także mdłości często b. uporczywe, oraz zaburzenia jelitowe w postaci zaparć lub rzadziej biegunek. Rzadkim objawem jest żółtaczka. We wszystkich tych przypadkach zaznacza się wyraźne wychudzenie pacjenta i częste migreny.

Rozpoznanie dyspepsji żołądkowej pochodzenia dwunastniczego przedstawia duże trudności, gdyż żaden z objawów nie jest charakterystyczny dla tego cierpienia i wymioty nasuwają podejrzenie zwężenia oddźwiernika, napady bólów każą myśleć o kolce wątrobowej, nerkowej lub wreszcie o napadzie wyrostka robaczkowego. Badanie kliniczne nie daje również pewnych rezultatów. W różniczkowaniu między dyspepsją żołądkową pochodzenia dwunastniczego w schorzeniu pęcherzyka żółciowego pomaga fakt, iż wymioty uspokajają bóle I-go rodzaju, a pozostają bez wpływu na bóle pęcherzykowe.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego nasuwa również duże trudności rozpoznawcze.

Zwężenie opuszki i wstępującej części dwunastnicy z powodu zapalenia okołodwunastniczego, ucisku pęcherzyka żółciowego lub przemieszczenia oddźwiernika nie są przeważnie całkowite i dają tylko b. rzadko wymioty i objawy intoksykacji dwunastniczej. Zwężenia umiejscowione niżej dają objawy intoksykacji, tem wyraźniejsze im są niżej położone.

Uchyłki dwunastnicy mogą nie powodować wyraźnych objawów lub też dają objawy rzekomo-wrzodowe jak bóle i wymioty.

Dwunastnica ruchoma charakteryzuje się przedewszystkiem przez napady bólowe, wymioty są tu rzadsze.

We wszystkich tych dyspepsjach żołądkowych pochodzenia dwunastniczego należy dla ustalenia rozpoznania uzupełnić badanie kliniczne badaniem roentgenologicznem dwunastnicy.

Dr. Irena Grodzieńska.

KURS Z DIETETYKI.

W okresie od 1.IV.1935 r. do 6.IV.1935 r. włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Un. Warsz. (Dyrektor Prof. Un. Warsz. Dr med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z dietetyki dla

lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmą 37 godzin, są następujące:

I. Rola dietetyki w lecznictwie — Doc. Dr. J. Węgierko

II. Dietetyka ogólna:

1. Biochemja białek, tłuszczów i węglowodanów — Prof. Dr. S. Przyłęcki.

2. Energetyka żywienia — Dr. E. Apfelbaum.

3. Przemiana mineralna i kwasozasadowa a żywienie — Dr. J. Glass.

4. Przemiana wodna a żywienie — Dr. J. Fliederbaum.

5. Nauka o pokarmach — Doc. Dr. S. Szulc

(Pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłanianie, przyswajanie, wydalanie).

III Dietetyka szczegółowa:

1. Choroby żołądka — Doc. Dr S. Cytronberg.

2. Choroby jelit — Doc Dr. Z. Górecki.

3. Choroby wątroby — Doc. Dr. W. Filiński.

4. Choroby narządu ruchu, z uwzględnieniem skaz — Doc. Dr. E. Reicher.

5. Wychudnienie i otyłość — Dr. J. Roguski.

6. Cukrzyca — Doc. Dr. J. Węgierko.

7. Choroby krwi — Dr. A. Fidler.

8. Choroby narządu krążenia — Dr. A. Fidler.

9. Choroby gruczołów dokrewnych — Dr. A. Fidler.

10. Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. J. Misiewicz.

11. Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. W. Markert.

IV. Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznemi — Mag. M. Morzkowska.

Opłata za krus wynosi zł. 30.— uczestnikom będą zapewnione mieszkania na ich żądanie po zniżonej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia.

Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dn. 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Un. Warsz. Dr. J. Rydygier. Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH

Komunikat informacyjny Nr 102.

(grudzień 1934 r.).

LEKARSKA INSPEKCJA PRACY W ŁODZI

Inspekcji Pracy w Łodzi przydzielono do pomocy lekarza-higjenistę, który ma się zająć sprawą podniesienia stanu zdrowotnego fabryk łódzkich. Przeprowadzona w ostatnich czasach kontrola warunków higjenicznych w fabrykach włókienniczych, wykazała rażące braki. Robotnicy w większości fabryk pracują w pomieszczeniach ciasnych, brudnych i ciemnych, w atmosferze przesyconej pyłem. Stwierdzono brak urządzeń wentylacyjnych i odpylających. W wielu fabrykach niema szatni, umywalni, natrysków, jadalni; urządzenia kanalizacyjne często są nie do użytku, brudne, zaniedbane lub popsute. Stan ten zagrażał nietylko zdrowiu robotników, lecz nawet zdrowiu publicznemu całego miasta.

Utworzenie stanowiska lekarskiego inspektora pracy w Łodzi należy powitać z uznaniem, jednakże nie rozwiązuje ono jeszcze całkowicie sprawy ochrony zdrowia robotników podczas pracy. W Anglji, Niemczech, Rosji, Stanach Zjednoczonych i w wielu innych krajach każda większa fabryka posiada własnego lekarza; sprawuje on bezpośredni nadzór nad przestrzeganiem zasad higjeny przy pracy w fabryce. Lekarz taki bada każdego przyjętego robotnika, przydziela go, w porozumieniu z zarządem fabryki, do pracy, odpowiadającej uzdolnieniom fizycznym robotnika. Błędy, popełnione przy pierwszych badaniach, korygują badania okresowe, którym podlegają wszyscy pracownicy; stały nadzór lekarski pozwala na wczesne rozpoznanie i leczenie schorzeń, rozwijających się pod wpływem szkodliwości zawodowych.

Do zadań lekarza fabrycznego należy także pomoc w wypadkach przy pracy. Najdrobniejsze okaleczenie może spowodować ciężkie następstwa, jeśli pomoc lekarska nie jest natychmiastowa i dostatecznie fachowa.

Lekarz fabryczny, wspólnie z inżynierem i załogą pracuje nad poprawą warunków higjeny i bezpieczeństwa pracy, prowadzi wśród załogi propagandę higjeny osobistej.

Lekarza fabrycznego utrzymuje zagranicą pracodawca, gdyż w działalności jego widzi poważne korzyści dla siebie. Dzięki lekarzowi fabrycznemu poprawia się stan zdrowia załogi, a zatem wzrasta także wydajność pracy. Nadto, dzięki akcji bezpieczeństwa pracy, fabryka unika w znacznej mierze strat, spowodowanych przez wypadki, a więc uszkodzeń ma-

szyn, materjałów i t. p. Korzyści, jakie daje zorganizowanie służby higjeny i bezpieczeństwa pracy, przewyższają wydatki, łożone na ten cel. I dlatego każdy rozsądny pracodawca dąży świadomie do usprawnienia produkcji poprzez akcję higjeny i bezpieczeństwa pracy.

Pracodawcom w Polsce, niestety, naogół obcy jest ten punkt widzenia.

Komunikat informacyjny Nr. 108.

(styczeń 1935 r.).

DOŚWIADCZENIA NAD ŚMIERTELNEMI PORAŻENIAMI PRĄDEM.

W Instytucie Patologji uniwersytetu w Lipsku, dr. S. Köppen przeprowadził serję ciekawych doświadczeń na zwierzętach nad zagadnieniem śmiertelnych porażeń prądem. Doświadczenia te posiadają duże znaczenie dla ratownictwa w wypadkach porażeń elektrycznych u ludzi.

Istnieją porażenia dwojakiego rodzaju: prądem niskiego i wysokiego napięcia. W obu wypadkach może wystąpić śmierć zwierzęcia. W wypadku jednak porażenia prądem niskiego napięcia zmiany, które powstają w organiźmie, nie są spowodowane wyzwalającem się ciepłem, lecz polegają na swoistem oddziaływaniu energji elektrycznej na ośrodki nerwowe. Przeciwnie natomiast, przy działaniu prądu wysokiego napięcia, powstają przedewszystkiem oparzenia.

Przy chronicznem drażnieniu prądem powstają u zwierząt zmiany we krwi, objawiające się skróceniem czasu krzepnięcia krwi; w naczyniach tworzą się zakrzepy, które utrudniają krążenie i prowadzą do pękania naczyń krwionośnych i krwawień. Ustanie czynności mózgu przy porażeniach elektrycznych spowodowane jest nie bezpośrednio przez działanie prądu, lecz wskutek porażenia naczyń i wyłączenia krążenia krwi.

U zwierząt, które padły w czasie drażnienia prądem elektrycznym, stwierdzono nagłe zatrzymanie się krążenia krwi, zakrzepy w naczyniach i obrzęk tkanek. Według autora należy uznać za przyczynę śmierci w porażeniach elektrycznością paraliż naczyń krwionośnych. Stosownie też do tego należy nieco inaczej niż to było przyjęte dotychczas ratować ludzi, którzy ulegli porażeniu elektrycznemu. Dotychczas mianowicie ograniczano się do stosowania sztucznego oddechu, wychodząc z założenia, że porażeniu ulega tylko ośrodek oddechowy. Oprócz sztucznego oddychania powinno się więc stosować energiczne środki, pobudzające krążenie krwi, ponieważ porażenie naczyń krwionośnych jest głównym powodem śmierci.

TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

NOWE POSTACIE **ZNIŻKA CEN**

ORGANO-PREPARATY

PRZODUJĄ **SPIESS**

Bezbalastowe stabilizowane wyciągi ze świeżych młodych tkanek, pozbawionych białka i histaminy

KRIDJOSAN 5% roztwór substancji czynnej wyodrębnionej z mięśnia sercowego.
Pud. 5 amp. po 1 cm.^{3} . Zł. 9.80

Niedomoga serca.
Dyspnoae pochodzenia sercowego.

RIJATOL 5% roztwór substancji czynnej wyodrębnionej z tkanki płuc.
Pud. 5 amp po 1 cm^3 . Zł. 9.80

Choroby dróg oddechowych.
Gruźlica płuc. Krwioplucie.
Stany astmatyczne.

SPLENOSAN 5% roztwór substancji czynnej wyodrębnionej z tkanek śledziony.
Pud. 5 amp. po 1 cm.^{3} . Zł. 9.80

Gruźlica. Niedokrewność.
Stany ozdrowieńcze.

SYKOTON 5% roztwór substancii czynnej. otrzymany z tkanki wątroby.
Pud. 5 amp. po 2 cm.^{3} . Zł. 9.80

Niedokrewność złośliwa.
Niedokrewność wtórna.
Początkowe postacie gruźlicy.
Wyczerpanie ogólne.
Stany ozdrowieńcze i t. p.

TESTOHORMIN Pierwszy polski preparat, zawierający hormon męski, standaryzowany biologicznie.

Słoik 25 tabl. po 2 jedn. kogucie w 1 tabl . . . . . Zł. 11.20
Pud. 3 amp. po 1 cm.^{3} po 4 jedn. kog. w 1 cm.^{3} . . . Zł. 20.—

OVOHORMIN (dawna nazwa Ovariohormon)
Nowa koncentracja biologicznie standaryzowana.

Pud. 6 amp. po 1 cm.^{3} po 100 jedn. mysz. w 1 cm.^{3} Zł. 4.35
„ 6 „ „ 1 „ „ 1000 „ „ „ 1 „ Zł. 7.15
Słoik 50 tabl. „ 100 „ „ „ 1 tabl. Zł. 8.40
„ 25 tabl. „ 500 „ „ „ 1 „ Zł. 14.65

GENOPHYSIN POSTER. (dawna nazwa Hypophysis poster)

10 jedn. międzynarod. w 1 cm.^{3} Pud. po 6 amp. po 1 cm^3 Zł. 7.05
„ „ 3 „ „ 1 „ Zł. 4.20
Fiolki po 5 cm.^{3} hermet zamyk. do indywidualnego dawkowania (10 cm.^{3} = 10 jedn. mn.) . . . . Zł. 6.—

THYREOID GLAND. Standaryzowany biologicznie i chemicznie.

Flakon ok. 25 cm.^{3} Extr. glycer. . . . . Zł. 3.90
Słoik zaw. 50 tabl. po 0,1 g. subst sicc. . . . . . . Zł. 4.50